



Associazione Artigiani e Piccole Imprese
della Provincia di Trento

S.I.ART.T. collaboratori, familiari o pensionati Anap

FONDO SANITARIO VOLONTARIO FAMILIARI

[inviare la scheda di adesione e copia del bonifico all'ufficio assicurazioni dell'Associazione Artigiani (sig. Walter Tamanini) a mezzo fax n. 0461 803893 o a mezzo mail w.tamanini@artigiani.tn.it]

DATI ASSOCIATO ARTIGIANO (titolare o socio) O COLLABORATORE O PENSIONATO ANAP

Ragione Sociale				Qualifica (segnare con X)	
Nome/Cognome				<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Collaboratore familiare <input type="checkbox"/> Pensionato ANAP	
Indirizzo completo			CAP / Località		
Telefono		Cellulare		Fax	
Indirizzo e-mail					
Data di nascita			Codice Fiscale		

COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE

1.	Cognome/Nome				Sesso (M-F)	
	Data di nascita		Rapporto parentela		Cod. Fisc.	
2.	Cognome/Nome				Sesso (M-F)	
	Data di nascita		Rapporto parentela		Cod. Fisc.	
3.	Cognome/Nome				Sesso (M-F)	
	Data di nascita		Rapporto parentela		Cod. Fisc.	
4.	Cognome/Nome				Sesso (M-F)	
	Data di nascita		Rapporto parentela		Cod. Fisc.	
5.	Cognome/Nome				Sesso (M-F)	
	Data di nascita		Rapporto parentela		Cod. Fisc.	

Chiede di aderire al piano sanitario volontario per i familiari e si impegna a versare la quota associativa annuale, secondo gli importi seguenti:

QUOTA ANNO 2015

1° soggetto che si iscrive al piano volontario	€ 75,00
Ogni ulteriore familiare	€ 50,00
Per tutti i figli minori se nessun altro familiare è iscritto	€ 75,00
Per tutti i figli minori se un altro familiare è iscritto	€ 50,00

Acconsento al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del D. Lgs. 30/6/2003 N. 196 e s.m.

Data,

Firma Associato

PROCEDURA ISCRIZIONE E PAGAMENTO

Fondo sanitario volontario per i familiari degli artigiani trentini, per i collaboratori familiari e per gli ex artigiani iscritti ANAP e tutti i loro familiari

→ Effettuare il pagamento che attiverà la copertura sanitaria, compilare modulo iscrizione e inviarlo, **completo della copia del bonifico**, all'ufficio Assicurazioni dell'Associazione Artigiani, anche tramite fax 0461.803893 o e-mail w.tamanini@artigiani.tn.it

Il versamento della quota sarà pari a:

- una quota di 75,00 euro per il 1° familiare maggior enne o minorene (vale una quota per tutti i minori) quando non si iscrivono altri familiari;
- una quota di 50,00 euro per ogni altro familiare;
- una quota di 50,00 euro per figli minori indipendentemente dal numero se sono iscritti altri familiari.

Bonifico a favore di:

MUTUA ARTIERI SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO

CASSA RURALE DI TRENTO

CODICE IBAN: IT 63 C 08304 01802 000001358797

Causale: SIARTT familiari + cognome e nome di chi aderisce

**NB! In caso di adesione di più persone dello stesso nucleo familiare
si consiglia di effettuare un unico bonifico.**

Per eventuali chiarimenti: tel. 0461.1920727 • e-mail info@mutuaartieri.it

SINTESI PRESTAZIONI DEL FONDO SANITARIO VOLONTARIO PER FAMILIARI

Interventi chirurgici e trapianti

- massimale per intervento € 40.000
- massimale per trapianto

Franchigia applicata: **20%**

Visite specialistiche e ticket

- visite/esami: rimborso *in regime privato* fino al 50% con un massimo di € 40 per visita e per esame
- ticket per visite ed esami in regime pubblico: rimborso 100%

Massimale annuo dell'area per persona € 1.000

Odontoiatria

- massimale € 200 annui per assistito

Tali prestazioni sono **rimborsate a riparto a fine anno**

Area assistenziale

- assistenza domiciliare

Massimale annuo € 400